

Tilburg University

Somatoforme stoornissen

van der Feltz-Cornelis, C.M.

Published in:
Psychiatrische functiestoornissen bij kwetsbare ouderen

Publication date:
2010

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
van der Feltz-Cornelis, C. M. (2010). Somatoforme stoornissen. In T. Bakker, H. Diesfeldt, & D. Sipsma (Eds.), *Psychiatrische functiestoornissen bij kwetsbare ouderen* (pp. 48-55). Koninklijke Van Gorcum BV.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Somatoforme stoornissen

Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis

4.1 Inleiding

Somatoforme stoornissen zijn stoornissen waarbij lichamelijke klachten worden gepresenteerd door de patiënt, waarvoor geen lichamelijke verklaring wordt gevonden bij passend lichamelijk en diagnostisch onderzoek, maar waarvoor de patiënt toch medische hulp blijft zoeken. Voor nogal wat lichamelijke klachten wordt gewoonlijk geen verklaring gevonden door de arts, en meestal is daarmee de kous af omdat de klachten voorbijgaan of de patiënt er niet veel aandacht aan besteedt. Bij somatoforme stoornissen is het echter zo dat hoewel aan mogelijke psychische factoren wordt gedacht door de arts, de patiënt een somatische insteek blijft zoeken voor de behandeling van zijn klachten. In de dagelijkse praktijk spreekt men vaak van lichamelijk onverklaarde klachten. Pas wanneer van een zekere mate van ernst van de klachten sprake is, kan men van een somatoforme stoornis spreken. Somatoforme stoornissen komen veelvuldig voor, en bij kwetsbare ouderen is de diagnostiek en aanpak daarvan vaak niet eenvoudig. In dit hoofdstuk zal getracht worden voorkomen, de rol van comorbiditeit, en aanknopingspunten voor interventies te beschrijven.

4.2 Syndroombeschrijving

Er zijn in de DSM-IV zeven somatoforme stoornissen, variërend van zeer ernstige beelden – de somatisatiestoornis en de hypochondrie – tot minder ernstige beelden in de DSM-IV. Minder ernstig zijn de ongedifferentieerde somatoforme stoornis, de pijnstoornis en de somatoforme stoornis NOS. Somatoforme stoornissen gaan gepaard met disfunctioneren. Patiënten ervaren een groter onwelbevinden dan mensen met lichamelijke ziekten zoals bijvoorbeeld diabetes. Hun medische consumptie en gebruik van algemene voorzieningen en thuiszorg kan hoog oplopen.

Er zijn weinig epidemiologische gegevens over de incidentie en prevalentie van somatoforme stoornissen bij ouderen. Hoewel hypochondrie en de pijnstoornis in de ouderenpsychiatrie de meest bekende vormen van somatisatie zijn neemt, voor zover bekend, de prevalentie van deze aandoeningen niet toe met de leeftijd.

4.2.1 Somatisatiestoornis

De somatisatiestoornis werd vroeger hysterie of het syndroom van Briquet genoemd. Het is een lifetime diagnose, de patiënt heeft meerdere symptomen die voor het dertigste levensjaar beginnen en jarenlang blijven bestaan. De somatisatiestoornis komt meer bij vrouwen voor dan bij mannen, maar wordt bij mannen ook minder snel herkend. Het is een zeldzame aandoening, de lifetime prevalentie is 2% bij vrouwen en 0,2% bij mannen. Deze prevalentie is bij patiënten ouder

dan 65 jaar hetzelfde als bij jongeren. Tegelijkertijd of opeenvolgend heeft de patiënt:

- pijn
- gastrointestinale symptomen
- seksuele of reproductieve symptomen
- en een pseudoneurologisch symptoom. Dat laatste wil zeggen dat de patiënt een keer een periode met conversie moet hebben doorgeemaakt.

Het optreden van symptomen is gekoppeld aan stressvolle gebeurtenissen. Het verloop is chronisch met verergering in tijden van stress.

4.2.2 Hypochondrie

Bij hypochondrie staan niet zozeer de klachten centraal, maar de ongerustheid over de klachten. De angst of het idee een ernstige ziekte te hebben is gebaseerd op een onjuiste interpretatie van lichamelijke verschijnselen die op zich fysiologisch zijn. Deze overtuiging bestaat minstens zes maanden en is niet duurzaam te corrigeren door geruststelling op basis van adequaat medisch onderzoek. De prevalentie is 1-5%, bij mannen even veel als bij vrouwen, en het kan zich op alle leeftijden manifesteren. Bij hypochondrie wordt als werkingsmechanisme verondersteld dat de waarneming van de patiënt meer gericht is op proprioceptie – dat wil zeggen gebeurtenissen in het eigen lichaam – in plaats van op prikkels die van buiten af komen. Dat wil zeggen dat mensen met deze stoornis de voor iedereen gebruikelijke informatie die het eigen lichaam verschaft over stand van de ledematen in de ruimte, lichaamstemperatuur, vochtigheid van de huid, en activiteiten van inwendige organen en autonome zenuwstelsel, meer waarnemen dan de meeste mensen. De meeste mensen richten zich immers meer op prikkels die van buitenaf komen. Dit is een onbewust verlopend proces, dat echter wel door gedragstherapie kan worden beïnvloed. De hoge comorbiditeit met angst speelt hierbij een rol; angst versterkt immers lichamelijke verschijnselen zoals hartslag, transpiratie en dergelijke. Er bestaat de neiging de lichamelijke gewaarwordingen catastrofaal te interpreteren, hetgeen weer angst oproept en daarmee is de cirkel rond. Daarnaast wordt de ongerustheid over de klachten in stand gehouden door vermijding en geruststellend zoekend gedrag. Stresserende omstandigheden versterken vaak hypochondre symptomen. Hypochondrie heeft doorgaans een chronisch en wisselend verloop.

4.3 Comorbiditeit

4.3.1 Andere psychopathologie

Er bestaat een grote mate van comorbiditeit tussen somatoforme stoornissen en de stemmingsstoornissen en angststoornissen. Behandeling van die stemmingsstoornis of angststoornis doet de lichamelijke klachten vaak als sneeuw voor de zon verdwijnen. Voor de clinicus is dus van belang dat somatisatie een wijze is van klachtpresentatie, en dat daarachter zeer vaak een ander psychiatrisch ziektebeeld bestaat dat behandeling behoeft.

4.3.2 Cognitiestoornissen

Het beeld van de oudere patiënt die opeens zich begint te presenteren met moeilijk te duiden klachten is een bekend klinisch fenomeen, waarbij altijd aan beginnende dementie dient te worden gedacht. Gericht onderzoek naar dementie is dan geen overbodige luxe.

4.4 Contextfactoren

4.4.1 Levensgeschiedenis

De somatisatiestoornis is een stoornis die jong begint en patiënten met deze stoornis zullen daar ook makkelijker aan herkend worden. Toch kan een andere somatoforme stoornis later in het leven ontstaan, met name bij stresserende omstandigheden. Daarbij kan voor ouderen worden gedacht aan de last van het ouder worden, eenzaamheidsproblematiek en angst voor de dood die met deze laatste levensfase samenhangt. Vandaar dat van belang is bij het afnemen van de anamnese de agenda te verbreden naar niet alleen somatische klachten, maar ook psychosociale problematiek.

4.4.2 Sociale context

Het presenteren van somatoforme klachten kan een middel zijn om de aandacht van familieleden te trekken of een manier om zich te handhaven in de setting van een verzorgings- of verpleeghuis. Alert zijn hierop in de anamnese en door de verpleging bij het doen van observaties kan helpen deze problematiek boven tafel te krijgen.

4.4.3 Somatiek

Goede somatische diagnostiek is van groot belang. In de eerste plaats is, met name bij kwetsbare ouderen, de kans dat een somatische aandoening de klachten veroorzaakt groter dan bij jongere patiënten. Goed gebruik van diagnostisch instrumentarium is derhalve van belang: het is gebleken dat het aantal ten onrechte als conversie gediagnosticeerde patiënten, dat jaren later alsnog een lichamelijke aandoening bleek te hebben die hun klachten verklaarde, sterk is afgenomen door het beschikbaar komen en inzetten van goed beeldvormend diagnostisch onderzoek. Bij de differentiatie tussen conversieve symptomen en organische beelden blijken drie variabelen voorspellende waarde te hebben: het bestaan van een eerdere verdenking op een neurologische aandoening, oudere leeftijd bij het ontstaan, en langere duur van de symptomen is gecorreleerd met organiciteit. Anderzijds is gerapporteerd dat conversie bij ouderen vaak niet wordt herkend. Een ander probleem dat de aandacht verdient, is het optreden van lichamelijk onbegrepen klachten in het kader van polyfarmacie, die bij ouderen maar al te makkelijk optreedt.

4.4.4 Multimorbiditeit

Voor comorbiditeit en multimorbiditeit zijn meerdere definities in omloop. Feinstein omschreef comorbiditeit als volgt: "elke aparte bijkomende klinische entiteit die bestaat of optreedt tijdens het klinische beloop bij een patiënt met de bestudeerde indexziekte." In deze definitie wordt dus uitgegaan van een bepaalde indexaandoening en is comorbiditeit het vóórkomen van andere aandoeningen naast deze indexaandoening. Bij ouderen is echter meestal sprake van clustering van ziekten. Vandaar dat de term multimorbiditeit is ontstaan. Multimorbiditeit is breder omdat er niet gefocust wordt op een specifieke indexaandoening. Multimorbiditeit betreft elke combinatie van twee of meer aandoeningen die gelijktijdig voorkomen bij één persoon. In een programmeringsstudie van het Trimbos instituut wordt ingegaan op deze multimorbiditeit en dit wordt ook nader uitgewerkt voor ouderen. Het blijkt dat depressie en angst significant vaker voorkomen bij ouderen met lichamelijke aandoeningen zoals Diabetes Mellitus, CVA, Reuma, Kanker, Cardiovasculaire aandoeningen en respiratoire aandoeningen dan bij ouderen zonder lichamelijke aandoeningen. Aangezien depressie en angststoornissen vaak in eerste instantie met een lichamelijke klacht worden gepresenteerd, neemt de kans op somatoforme klachten dus toe bij ouderen met lichamelijke morbiditeit.

4.5 Interventies

Somatoforme stoornissen zijn in veel gevallen goed te behandelen met cognitieve gedragstherapie, een systeeminterventie door een consulent psychiater, of door het behandelen van co-morbide depressie of angststoornissen middels

antidepressiva. In het geval van kwetsbare ouderen zal vaak van multifactorieel bepaalde klachten sprake zijn. Pijnklachten bijvoorbeeld kunnen deels door een lichamelijke aandoening worden bepaald. Daarmee leren omgaan door middel van Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) zal dan toch zijn beperkingen hebben. Anderzijds kan het wegnemen van zorgen over de klachten toch van grote waarde blijken voor het functioneren. Het behandelarsenaal kan ook worden beperkt door cognitieve of zintuiglijke beperkingen. Cognitieve gedragstherapie bij een slechtziende of slechthorende bejaarde met beginnende dementie is wellicht geen optie, hoewel recent onderzoek heeft uitgewezen dat er wellicht toch positieve uitkomsten mogelijk zijn op dat gebied. Zie ook het hoofdstuk 'Integratieve Psychotherapeutische Interventies'. Somatische comorbiditeit kan beperkingen geven in het arsenaal aan antidepressiva dat voorgeschreven kan worden, hoewel er inmiddels antidepressiva op de markt zijn met weinig bijwerkingen die ook door lichamelijk zieke ouderen redelijk verdragen worden. PsychoMotoreTherapie (PMT) en fysiotherapie (FT) kunnen zeer zinvol zijn bij het stimuleren van de patiënt om weer meer lichamelijk actief en vertrouwd te worden volgens het 'graded activity' model. Deze factoren maken dat in de verzorgingstehuis- dan wel verpleeghuis setting een multifactoriële benadering vaak de voorkeur zal verdienen, waarbij de verpleeghuisarts, psychologen en fysiotherapeuten samenwerken. Het kan zinvol zijn hiervoor bij de consulent psychiater te rade te gaan. Het toepassen van het biopsychosociale model kan hierbij een goede leidraad bieden. Bovendien kan het zinvol zijn te beginnen met het minimaliseren van het medicatiegebruik in het kader van bestrijden van een eventuele polyfarmacie als oorzakelijke factor. De fysiotherapeut kan een belangrijke rol spelen in het in praktische zin leren omgaan met klachten en verbeteren van functioneren, door het aanleren en begeleiden van graded activity en door het aanbieden van een normaliserende benadering aan de klachten van de patiënt en diens cognities daarover. In onderstaande casus wordt hiervan een voorbeeld gegeven.

CASUS < De heer Jansen, 77 jaar, gescheiden, alleenwonend en reeds lang in onmin levend met ex-vrouw en kinderen, wordt opgenomen in het ziekenhuis met een CVA en na de acute behandel fase daarvan overgeplaatst naar een revalidatiekliniek. Na een aanvankelijk voorspoedig lijkende herstelfase wordt hij naar het dagrevalidatieprogramma overgeplaatst, maar daarna gaat hij snel achteruit. Hij klaagt over pijn in zijn been en schouder aan de aangedane kant, doet zijn oefeningen niet goed meer, en slaapt slecht waarvoor de huisarts hem diverse benzodiazepinen geeft als slaapmedicatie, echter zonder soelaas. Meneer Jansen vergeet nu zijn oefeningen steeds vaker en kan zich niet goed meer thuis redden. Hij eet slecht waardoor hij afvalt en het bezoeken van de revalidatiekliniek lukt niet goed meer. De heer Jansen piekert erg over de pijn in zijn been en denkt dat hij een nieuw CVA heeft opgelopen, ondanks nieuw onderzoek en geruststellingen van de arts dat dit niet het geval is. Uiteindelijk wordt hij opgenomen in het verpleeghuis omdat het revalidatieprogramma

ontoereikend blijkt. Daar blijkt dat hij zoveel benzodiazepinen gebruikte om te slapen dat hij daardoor in een staat van vergaande vergeetachtigheid is geraakt. In overleg met de consulent psychiater maakt de verpleeghuisarts hiervoor een afbouwschema. De consulent psychiater spreekt patiënt ook vanwege zijn hardnekkige vrees voor een tweede CVA en constateert een onderliggende stemmingsstoornis die zijn gepieker goed zou kunnen verklaren. Hij bespreekt dit met de patiënt en stelt voor een antidepressivum te nemen, dat waarschijnlijk zowel de stemming, het slapen als de pijn zal doen verbeteren. De patiënt wil dit wel proberen, waarna Amitriptyline wordt voorgeschreven, eerst 25 mg en na een week 75 mg per dag. Bovendien wordt de fysiotherapeut gevraagd de zeer hypertone spieren in het aangedane been en schouder aan te pakken. De fysiotherapeut probeert de patiënt te mobiliseren, maar die is bang dat hij iets stuk zal maken door e.e.a. te forceren. Door heel geleidelijk zeer kleine oefeningen onder begeleiding te doen, dat wil zeggen door opdrachten te geven die niet kunnen mislukken, kan de fysiotherapeut de patiënt toch motiveren om geleidelijk aan weer wat te mobiliseren en een graded activity plan te volgen. Na een aantal weken is de patiënt al wat meer opgeknapt, hij slaapt beter, klaagt minder over pijn en kan beter reflecteren over wat er met hem gebeurt. Hij vertelt de psychotherapeut die hem begeleidt, dat de thuiskomst vanuit de revalidatiekliniek na aanvang van het dagprogramma voor hem een koude douche was na zijn wekenlange verblijf in het ziekenhuis en in de revalidatiekliniek. Het had hem geconfronteerd met de gevolgen van zijn scheiding en de eenzaamheid in zijn alledaags bestaan. Nu duidelijk is dat dit hem dwars zit, staat hij er wel voor open om hier iets aan te gaan doen en daarmee komt er ook een perspectief voor hem waardoor zijn angst voor een tweede CVA naar de achtergrond verdwijnt. Geleidelijk aan pakt hij, anticiperend op zijn naderend ontslag, weer enkele sociale contacten van vroeger op die hem goed doen. Na enkele maanden gaat de heer Jansen lopend met ontslag naar huis. >

4.6 Samenvatting

Somatoforme stoornissen komen bij kwetsbare ouderen net zoveel voor als bij jongere patiënten. Doordat op hogere leeftijd somatische aandoeningen, cognitieve en zintuiglijke beperkingen tezamen bestaan, vereist de diagnostiek en de aanpak van deze klachten enige nuancering. De somatoforme klachten zullen zeer vaak tegelijk voorkomen met een somatische aandoening die de klachten deels mede verklaart, en het functioneren zal door diverse beperkingen die met de hoge leeftijd samenhangen minder te verbeteren zijn dan bij jongere patiënten. Toch zijn in principe de behandelwijzen die bij jongere patiënten effectief zijn, dat ook bij kwetsbare ouderen. Bij het aanpakken van de klachten kan de eerste stap zijn goed in kaart te zijn hoe de klachten en beperkingen zich multifactorieel ver-

houden. Vervolgens is het bestrijden van polyfarmacie een goede tweede stap. Daarna kan, afhankelijk van het overwegend gewicht van de oorzakelijke factoren, een behandeling worden gekozen bestaande uit CGT, uit het voorschrijven van een antidepressivum ter behandeling van comorbiditeit, of uit het plegen van een systeeminterventie gericht op psychosociale factoren die het gedrag in stand houden. De rol van de fysiotherapeut bij het aanbieden van graded activity en van een normaliserende houding ten opzichte van de klachten is daarbij van grote waarde.

Literatuur

1. Akker, M. van den, Buntinx, F., Knottnerus, J.A., *Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature*. European Journal of General Practice 1996; 2:65-70.
2. Barsky, A.L. & Borus, J.F. (1999). *Functional somatic syndromes*. Annals of Internal Medicine; 130:910-921.
3. Crimlisk, H.L., Bathia, K., Cope, H., David, A., Masden, C.D., Ron, M.A. *Slater revisited: 6 year follow up of patients with medically unexplained symptoms*. 1998; 316:582-586.
4. Deeg, D.J. (2006). *Fifteen year Longitudinal Aging Study Amsterdam*. Theme introduction. Tijdschr Gerontol Geriatr; 37:6:216-7.
5. Feinstein, A.R. *The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease*. J. Chron Dis 1970; 23:455-68.
6. Feltz-Cornelis, N.M.G. van der, Feltz-Cornelis, C.M. van der (2006). *Somatisatiestoornis en hypochondrie*. In: Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Jaarboek 2005. (Reds: H. van 't Land & C. de Ruiter) Trimbos Instituut. ISBN 90-5253-548-5.
7. Feltz-Cornelis, C.M. van der, *Unexplained or undiagnosed? To a DSM-V for somatoform disorder*. Comment on van Dieren & Vingerhoets. [Onverklaard of ondoordacht? Naar een DSM-V van somatoforme stoornissen]. Tijdschrift voor Psychiatrie 2007; 11:839-843.
8. Feltz-Cornelis, C.M. van der, (2004). *Transmurale psychiatrische consultatie*. In: Huyse, F.J., Leentjens, A.F.G., Bannink, M. & Boenink, A.D. (Red.): Consultatieve Psychiatrie. Van Gorcum.
9. Feltz-Cornelis, C.M. van der, Nuyen, J., Verdurmen, J., Pot, A.M., et al. (2007). *Zorg voor heel de mens. Psychiatrische en somatische comorbiditeit*. Programmeringsstudie. Trimbos Instituut, Utrecht.
10. Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Ikonomidis, N., Donias, S., Giouzevas, J., Dimitriou, E. *Somatoform disorders: comorbidity with other DSM-III-R psychiatric diagnoses in Greece*. Compr Psychiatry 1999 Jul-Aug; 40(4):299-307.
11. Henningsen, P., Jakobsen, T., Schiltenswolf, M., Weiss, M.G. *Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders*. J Nerv Ment Dis. 2005 Feb; 193(2):85-92.
12. Hilderink, P.H., Benraad, C.E.M., Driel, T.J.W. van, Olde Rikkert, M.G.M. (2008). *Onverklaarde lichamelijke klachten bij ouderen: samenspel van lichamelijke, psychiatrische en psychologische factoren*. NTVG; 152:23:1305-8.
13. Moene, F.C., Landberg, E., Hoogduin, C.A.L., Hertzberger, L., Weeda, J., Kleyweg, R., Spinhoven, P.H. *Organic syndromes diagnosed as Conversion Disorder: Identification and Frequency in a study of 85 patients*. 2000 49:7-12.
14. Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., Hotopf, M. (2002). *Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care*. Br J Psychiatry; 180:248-53.
15. Scherder, E., Posthuma, W., Bakker, T., Vuijk, P.J., Lobbezoo, F. (2008). *Functional status of masticatory system, executive function and episodic memory in older persons*. J. Oral Rehabil; 35:5:324-36.
16. Slaets, J.P.J., Vuchelen, M. van, (2008). *Somatisatie bij ouderen*. Handboek Somatisatie, Van der Feltz-Cornelis C.M. & Van der Horst H. (Red.). Tweede herziene druk.
17. Smalbrugge, M., Pot, A.M., Bierman, E., Comijs, H.C. *Psychiatrische comorbiditeit bij ouderen met lichamelijke aandoeningen*. Feltz-Cornelis, van der, et al. (2007). *Zorg voor heel de mens. Psychiatrische en somatische comorbiditeit*. Programmeringsstudie. Trimbos Instituut, Utrecht.
18. Smith, G.R. Jr. Monson, R.A., Ray, D.C. *Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization*. Archives of Internal Medicine; 146:1:69-72. (1986).
19. Smith, R.C., Gardiner, J.C., Lyles, J.S., Sirbu, C., Dwamena, F.C., Hodges, A., Collins, C., Lein, C., Given, C.W., Goddeeris, J. *Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms*. Psychosom Med. 2005 Jan-Feb; 67(1):123-9.